



BULLETIN d'INSCRIPTION* EBH9

SESSION 2021-2023

Formation Connaissance et Usages des Plantes Aromatiques et Médicinales

Enseignement supérieur à distance réparti sur 2 ans

01/09/2020 - V 2

photo

COORDONNÉES PERSONNELLES

Mme M.

NOM du STAGIAIRE : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

Lieu de Naissance : _____ Code Postal du lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Mail : _____

Profession : _____

Niveau d'études : _____

Repas du midi : Classique Végétarien

COORDONNÉES DE L'ORGANISME ou de L'ENTREPRISE si prise en charge financière

NOM : _____ Personne référente : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Mail : _____

En cas de réponse négative de la prise en charge : Je financerai ma formation au tarif personnel

J'annulerai mon inscription

Possibilité de paiement comptant ou par prélèvement bancaire suivant échéancier.

TARIF PERSONNEL : 4350 € pour les deux ans (2140 € par an, 40 € frais de dossier, 30 € d'adhésion)

TARIF PROFESSIONNEL : 5484 € pour les deux ans (2707 € par an, 40 € frais de dossier, 30 € d'adhésion)

PRÉREQUIS

Être **majeur** et titulaire du **baccalauréat**.

Si ces conditions ne sont pas remplies, un entretien téléphonique préalable est obligatoire.

PIÈCES À NOUS ADRESSER AVEC LE PRÉSENT BULLETIN à l'adresse suivante :

ECOLE BRETONNE D'HERBORISTERIE - CAPSANTE – Rue Jules Ferry - 29410 PLOUONEUR-MENEZ

*** Votre inscription ne sera prise en compte qu'à réception de toutes les pièces demandées ci-dessous :**

- **1 chèque d'arrhes** de 30% du total de la première année soit **642 €** (encaissé 14 jours après la signature du contrat de formation, non remboursable)
- **1 chèque d'adhésion** à l'Association ECOLE BRETONNE D'HERBORISTERIE - CAPSANTE, **15 €** pour la première année (cette adhésion couvre l'assurance des stagiaires et vous permet de recevoir le *Journal de liaison* bisannuel)
- **1 chèque de frais de dossier : 40 €** (non remboursable)
- **1 photo d'identité**
- **1 photocopie de votre carte d'identité**
- **1 Relevé d'Identité Bancaire**
- **Formulaire de consentement d'utilisation de données personnelles (ci-après) rempli et signé**
- **Copie de vos diplômes (Baccalauréat)**
- **Règlement de fonctionnement signé**
- **Quelques lignes de votre projet et de vos motivations pour intégrer cette formation sur papier libre**

Un contrat de formation détaillé vous sera adressé dès la prise en compte de votre inscription.

PARCOURS, PROJET, MOTIVATIONS

Nous vous remercions de bien vouloir nous relater sur papier libre :

- votre projet en lien avec cette formation,
- vos motivations,
- votre parcours professionnel,
- vos expériences &
- vos compétences et connaissances.

EN CAS D'ANNULATION DE VOTRE INSCRIPTION

Si votre dossier n'est pas retenu, les chèques d'inscription seront détruits (sauf indication contraire de votre part : une enveloppe suffisamment affranchie avec votre adresse pour retour sera nécessaire alors.)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT D'UTILISATION DE DONNÉES PERSONNELLES

L'ÉCOLE BRETONNE D'HERBORISTERIE - CAPSANTÉ propose :

- de mettre à la disposition des élèves et des formateurs EBH9 un trombinoscope de la promotion et de partager certaines données personnelles à l'usage des membres de l'EBH Cap Santé.
- de diffuser des photos, des vidéos (prises lors des formations et regroupements) ou des travaux d'élève sur notre site internet ou sur des supports de communication.
- de vous communiquer occasionnellement par mail les nouvelles de l'association (ex : lettres d'information)

Pour ce faire, nous avons besoin d'une autorisation écrite de chacun des élèves intéressés.

Je, soussigné(e) _____, né(e) le _____, atteste par la présente accepter que mes données personnelles, listées ci-dessous et assorties de la mention "oui", soient partagées ou diffusées.

Nous vous remercions de remplir le coupon ci-dessous en entourant les mentions correspondant à vos permissions.

Communication interne :

Aux membres (élèves, formateurs et administrateurs) de la promotion **EBH9 2021-2023** pour élaborer des dossiers ayant trait à l'organisation de l'école et/ou faciliter les échanges.

- | | | | | |
|--------------------------|-----|---------------------|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | OUI | Photo d'identité | NON | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Adresse mail | NON | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Adresse postale | NON | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Numéro de téléphone | NON | <input type="checkbox"/> |

Communication externe :

Pour une utilisation éventuelle sur nos supports de communication : plaquettes, site internet...

- | | | | | |
|--------------------------|-----|--|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | OUI | Photographies où j'apparais lors des regroupements | NON | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Documents de travaux personnels (ex : herbier...) | NON | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Vidéos prises lors des regroupements | NON | <input type="checkbox"/> |

Communication de l'EBH-CAP SANTE :

Pour recevoir par mail occasionnellement des informations sur l'association (ex : lettres d'informations,...) :

- | | | | | |
|--------------------------|-----|--------------|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | OUI | Adresse mail | NON | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|-----|--------------|-----|--------------------------|

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature :

Cadre réservé à l'EBH – Cap Santé		
Dossier reçu le :		
Copie du baccalauréat	oui	non
Entretien réalisé le		
Photo d'identité :	oui	non
Rib :	oui	non
Au nom de :		
Règlement de fonctionnement signé	oui	non
Chèque d'arrhes	642 €	N°
Chèque d'adhésion	15 €	N°
Frais de dossier	40 €	N°
déposé(s) le :	Banque :	
RESTE À PAYER POUR L'ÉLÈVE		
Chèques au nom de		
Document accord de prise en charge organisme reçu le :		
Montant de prise en charge		
Facture année 1 - N°		
Facture année 2 - N°		
Autorisation bancaire	EXPEDIEE	RECUE
Contrat de formation	EXPEDIE	RECU
Echéancier de prélèvement	EXPEDIE	RECU
Envoi courrier de validation/accueil Contrat signé + Liste hébergement	EXPEDIE	
Autorisation en interne		
Autorisation en externe		
Convention galaxy N°		